

випадках, LL—генотип — у 2-х (6,3%) пацієнтів. Таким чином, саме SS—варіант генотипу асоціюється з післяопераційним порушенням моторно—евакуаторної функції кишечника. За теорією шансів, ймовірність розвитку парезу кишечника у післяопераційному періоді вірогідна при SS — варіанті гену SERT ($t = 5,15$; $p < 0,001$), та LS— варіанті ($t = 3,65$; $p < 0,01$). Це стало підґрунтям для розробленого способу прогнозування перебігу післяопераційного періоду (патент на корисну модель № 76483). Лікувальну тактику у таких пацієнтів обираємо за вираженістю змін стінки кишки на момент оперативного втручання і врахуванням прогнозу ймовірності розвитку післяопераційного парезу кишечника. У всіх хворих з LS— та SS— варіантами генотипу SERT розширювали покази до інтубації кишечника, застосовували розроблені методи ентеросорбції та пролонгованого локального підведення медикаментозних препаратів.

Проведені дослідження свідчать, що за результатами досліджень рівнів серотоніну та варіантів гена SERT можна прогнозувати виникнення післяопераційного парезу кишечника, а розроблена лікувальна тактика дозволяє попередити розвиток цього ускладнення, досягти своєчасного відновлення скоротливої здатності кишечника, покращити результати лікування таких хворих.

ПОЛІПШЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВОЇ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Мунтян С. О., Кришень В. П., Трофімов М. В.

Дніпропетровська медична академія МОЗ України

Лікування виразкових кровотеч з верхніх відділів шлунково—кишкового тракту є важливою медико—соціальною проблемою сучасної охорони здоров'я. В Україні частота випадків захворювань за цей період зросла на 40% і щороку збільшується на 40—50 тис. випадків, а післяопераційна летальність, за даними багатьох авторів, сягає 7—30%, особливо в хворих похилого і старечого віку.

Мета. Розробка оцінка способу оперативного лікування кровоточивої виразки дванадцятипалої кишки, особливо в хворих похилого і старечого віку.

Спосіб екстериторизації кровоточивої виразки дванадцятипалої кишки, як метод органозаощадного оперативного втручання з метою зменшення травматичності операції, зменшення часу її виконання та зниження ризику виникнення рецидиву кровотечі.

Нами проведений аналіз результатів хірургічного лікування 39 пацієнтів на кровоточиву дуоденальну виразку. Цій групі пацієнтів виконано оперативне втручання за запропонованою нами методикою (Патент Україна на винахід №107252 "Спосіб гастродуоденопластики при кровоточивій виразці дванадцятипалої кишки"). При активній кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки та неефективності місцевого ендоскопічного гемостазу ми виконуємо верхньосерединну лапаротомію, мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером, розтин дванадцятипалої кишки, який продовжуємо до дистального краю верхньої горизонтальної частини та пілоричної ділянки антрального відділу шлунку. Проводимо екстериторизацію кровоточивої виразки за допомогою серозно—м'язових швів у косопоздовжному напрямку, з подвійним вколом і виколом, по обидва боки виразкового субстрату. При цьому відбувається формування м'язово—слизовий валику і надійне виведення виразки за

контур травного каналу. Використання саме серозно—м'язових швів, з подвійним виолом і виолом, по обидва боки виразкового субстрату дозволяє зменшити кровонаповнення навколотириразкової ділянки за рахунок стиснення судин підслизового судинного сплетіння механічним чином, що запобігає розвитку рецидивної кровотечі.

Використання даного способу екстериторизації кровоточивої виразки дванадцятипалої кишки, за нашими даними, дозволяє знизити число рецидивних кровотеч до 2 (5,1%) при відсутності післяопераційної летальності та зменшує час на проведення втручання до 49,2 2,3 хв.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Непомнящий В. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Послеоперационная летальность у больных ОНК (острой непроходимости кишечника) превышает 17% и не имеет тенденции к снижению. Одной из наиболее частых причин неблагоприятных исходов являются гнойно—септические осложнения (ГСО), развивающиеся у 50—86% больных. В качестве профилактики ГСО предложены внутрикишечное введение антибактериальных препаратов и интубация тонкой кишки, которые не улучшили результаты лечения.

Цель исследования: В эксперименте оценить эффективность антибактериальной терапии, как способа профилактики ГСО.

Эксперимент выполнен на 40 белых крысах линии "Вистар" с моделью ОНК. Животные были разделены на 5 групп по 8 особей в каждом. Первую группу (контрольная) составили животные, которые не получали антибактериальные препараты. Основные — 4 группы (А — ампициллин, Г — гентамицин, О — офрамакс и Ц — ципрофлоксацин) были сформированы соответственно к одному из четырех групп антибактериальных препаратов, которые вводили парентерально с учетом суточной лечебной дозы. Животных выводили из эксперимента через 12, 24, 36 и 48 часов.

В контрольной группе через 12 часов от начала заболевания в брюшной полости обнаружен серозный выпот, через 24 часа наблюдались признаки серозного перитонита. Через 36 часов существования ОНК в группе были обнаружены признаки фибринозно—гнойного перитонита. Через 48 часов у всех животных обнаружен каловый перитонит, источником которого служили дефекты в стенке кишки в зоне сформированных некрозов, расположенных выше уровня обструкции.

В группе животных, получавших в лечебной дозе пенициллины (группа А): через 12 часов обнаружены изменения аналогичные тем, которые выявлены в контрольной группе через 6 часов течения ОНК. Через 24 часа у животных этой группы в брюшной полости появился мутный выпот без запаха, а через 36 часов в брюшной полости содержалось большое количество мутного зловонного выпота. Через 48 часов у всех животных были признаки гнойного перитонита. В группе животных, получавших в лечебных дозах аминогликозиды (группа Г) через 12 часов выпота в брюшной полости не обнаружено. Через 24 часа появился серозный выпот в брюшной полости. Через 36 часов в этой группе выявлены признаки гнойно—